

Н. И. КРАКОВСКИЙ и К. Ф. КРИВЦОВ

К вопросу об огнестрельных повреждениях брюшной полости

Из 1-й хирургической больницы Сталинского района г. Горького (главврач С. И. Кузнецов, зав. отделением доцент В. М. Дурмашкин)

Анализируя материал сводных статистик по вопросу об огнестрельных ранениях живота (о. р. ж.) за последние 50 лет, можно прийти к выводу, что в этой области успехи хирургии до сих пор незначительны. XIV съезд российских хирургов, происходивший в разгар мировой войны (1916), программной темой докладов поставил огнестрельные ранения, причем не мало внимания на нем было уделено и о. р. ж. Доложенные съезду статистические данные военных хирургов обнимали большой материал. Мрачные итоги как от оперативного, так и от консервативного лечения о. р. ж. объяснялись прежде всего специфическими условиями, в которых находились раненые. Изнуренный походами, недоеданием, холодом, отвратительными санитарно-гигиеническими условиями солдат царской армии не имел сил для борьбы с тяжелой инфекцией и травмой, наносимой при ранении. Если к этому прибавить плохой транспорт того времени, то станет понятным, почему и консервативный и оперативный методы лечения давали в общем одинаково плохие результаты. Павлов-Сильванский сообщает, что из 266 раненых в живот 134 человека вынуждены были притти в полковой перевязочный пункт сами (!), 112 человек привезены в лазарет на телеге или двуколке, и только 20 человек были доставлены на ручных и конных носилках. Не мало отражались на своевременности оперативного вмешательства не только плохая санэвакуация, но и очень плохая организация медицинской помощи в царской армии.

Санитарная служба в нашей Красной Армии находится на небывало высоком уровне. Наша Красная Армия вправе требовать от врачей четкой, быстрой и высококвалифицированной помощи, так как только при этих условиях можно добиться снижения смертности.

Нарком обороны, маршал Советского Союза К. Е. Ворошилов, в своей речи на I Всесоюзном совещании стахановцев 17 ноября 1935 года сказал: „...Мы должны победить врага, если он осмелится на нас напасть, малой кровью, с затратой минимальных средств и возможно меньшего количества жизней наших славных бойцов...“ Победа с малой кровью в известной степени зависит и от нас—хирургов. Переливание крови, быстрая транспортировка раненого на автомашине или самолете позволяют сохранить силы и время для успешного производства оперативного вмешательства.

Большая статистика о. р. ж. мирного времени (например, у Юрасова (1935) 84 случая с 41,8% выздоровления) свидетельствует о том, что

при правильной и четкой работе транспорта и быстрой радикальной хирургической помощи процент выздоровления может быть увеличен почти вдвое против дореволюционного периода.

Переходим к разбору нашего материала мирного времени. За 14 лет в 1-й хирургической б-це г. Горького было оперировано 48 чел., из них мужчин 44 и женщин 4. По возрасту раненые распределялись так: от 10 до 15 лет — 2 ч., от 16 до 20 л. — 5, от 21 до 25 л. — 12, от 26 до 30 л. — 18, от 31 до 35 л. — 5 и от 35 до 40 лет — 6 человек. В подавляющем большинстве случаев ранения были револьверные; из винтовок было 2 ранения, из охотничьего ружья — 3 случая. Ни в одном случае не была зарегистрирована эвентрация содержимого брюшной полости. Большинство больных было доставлено в состоянии шока.

Важное прогностическое значение имел пульс. При частом и малом пульсе смертельный исход был в 90%; при удовлетворительном, хотя и учащенном пульсе смертельный исход наблюдался только в 36,3%. Приблизительно те же данные мы встречаем и у других авторов: у Павлова-Сильванского с пульсом до 80 уд. в минуту умерло 25%, от 80 до 120 уд. — умерло 61,3%, при пульсе свыше 120 уд. выздоровело только 7,5%; у Чайки — 19%; у Юрасова при пульсе чаще 100 уд. из 54 умерло 38 (70,3%). Чайка правильно указывает, что при учащении сердцебиений от интоксикации (перитонит) прогноз значительно хуже, чем при кровопотере.

Показания к операции мы ставили всегда широко. Не оперировали лишь больных, находящихся в безнадежном состоянии. В этом отношении интересно проследить эволюцию хирургической мысли за последние 50 лет. Эйлер, например, ставил показания к чревосечению при появлении кала в наружной ране. Участник Англо-Бурской войны хирург Мас-Согмас говорил, что раненые в живот умирают, если их оперировать, и остаются живыми, если оставлять их в покое.

Большинство современных хирургов (и мы разделяем их точку зрения) считает, что при о. р. ж. надо оперировать во всех сомнительных случаях. Приведем один из наших случаев, демонстрирующих целесообразность такого поведения хирурга.

Мальчик Н., 3 лет, был случайно ранен из мелкокалиберной винтовки в правую подвздошную область. Доставлен в хорошем состоянии, пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, позывы на рвоту. Живот мягкий, не болезненный, слегка вздут. Ранение касательное: входное на 2 поперечных пальца выше *spina iliaca ant. sup.*, выходное выше пупка на 3 пальца. Моча нормальной окраски. Ребенок испуган происшествием, особых жалоб не предъявляет. После некоторого колебания — операция (д-р Власенко); при лапаротомии обнаружено 6 ранений петель тонких кишок и 2 аскариды, свободно лежащие в брюшной полости. Случай закончился выздоровлением.

Особенно неблагоприятными в смысле прогноза случаями считаются, как известно, слепые ранения живота, особенно в области печени. Однако не всегда это так: в нашем материале имеются случаи выздоровления после своевременно произведенной операции.

То же самое можно сказать и про комбинированные ранения таких органов, как почка и селезенка.

Одна из мало учитываемых причин смерти больных с о. р. ж. это — просмотры раневых отверстий или технические погрешности при самой операции.

Острая кровопотеря, как причина смерти, занимает доминирующее место в первые 3 суток после ранения. Вопрос о спасительном дей-

ствии переливания крови ни у кого сейчас не вызывает сомнений. До 1932 года из-за отсутствия у нас б-це станции переливания крови, трансфузии делались спорадически, нередко с большим запозданием. Сейчас мы, как правило, делаем переливание крови при всякой тяжелой травме, вызвавшей шок и кровопотерю, причем применяем уже не массивные дозы по 600-700 см³, как это делали раньше, а значительно меньше: 200—250 см³.

Одной из причин поздних смертей при о.р.ж. может быть расхождение швов. Склеивающая способность брюшины по непонятным причинам бывает иногда понижена, а швы, скрепляющие края раны кишок, могут прорезаться или рассыпаться через несколько дней после операции, и мы в своем материале имели неожиданные роковые исходы у раненых, которых считали уже вне опасности.

Мы считаем, что большой разрез обязателен при полостных ранениях живота, так как только при этом условии можно не проглядеть повреждений органов, особенно при множественном повреждении, и достаточно тщательно эвакуировать из брюшной полости кишечное содержимое и кровь. Срединный разрез при тяжелых ранениях мы делаем от мечевидного отростка до лобка. При ранениях на печени — косой разрез параллельно реберной дуге. Разрез никогда не делаем через огнестрельную рану. Разрез через рану брюшной стенки делаем лишь тогда, когда рана очень велика и внутренности эвентрировались. Предварительное иссечение раневого канала считаем опасной потерей времени и делаем это только тогда, когда немисливо проникнуть вглубь без инфицирования инструментов и рук о рану. По вскрытии брюшной полости в первую очередь разыскиваем источники кровотечения. Кровь из брюшной полости даже при целостности кишечника всегда удаляем, так как она является питательной средой для инфекции. Все пораненные петли кишок предпочитаем сразу вывести наружу для осмотра. Поврежденные петли кишок зашиваем или резецируем вне брюшной полости. Брюшную полость обрабатываем слегка смоченными физиологическим раствором марлевыми салфетками и иногда раствором риваноля 1:1000 для того, чтобы не травмировать серозу кишечника. Никогда мы не промываем брюшную полость при повреждениях кишечника, ибо, по нашему мнению, преимущество промывания брюшной полости перед очисткой ее сухим способом не доказано. Наоборот, растворенный при промывании физиологическим раствором кал вызывает тяжелый общий перитонит и почти 100% смертность. Брюшную полость мы тампонируем только в тех случаях, когда невозможно остановить кровотечение; в остальных случаях — глухой послойный шов, за исключением кожи, на которую накладываем редкие швы с марлевым тампоном в клетчатку или без него. Большое паренхиматозное кровотечение из печени останавливаем тампонадой сальником. При выпадении сальника выпавшую его часть лучше резецировать. Операции в состоянии шока мы не производим, так как это понижает шансы на благоприятный исход.

Оперируем мы всегда под наркозом, ибо успех от операции зависит, главным образом, от ее быстроты.

Выводы

Лечение огнестрельных ранений живота может быть только оперативное. При о.р.ж. в первые сутки обязательно оперировать, если

раненый не безнадежен. Мы придерживаемся того взгляда, что оперировать нужно даже в сомнительных случаях. Позднее 24 час. после ранения следует оперировать только при особых показаниях. Операционные разрезы при о.р.ж. целесообразно делать широкие, чтобы легко и скоро можно было произвести осмотр живота. Брюшную полость зашивать наглухо и подводить тампон только в случаях, когда не удастся остановить кровотечение.

Перед операцией необходимо больного вывести из шока, так как операция в состоянии шока понижает шансы на благоприятный исход. Переливание крови, согревание, сердечные средства и морфий играют большую роль при выведении больного из состояния шока. Смертность при о.р.ж. резко повышается при позднем оперативном вмешательстве.

Плохие исходы операций при о.р.ж. зависят в значительном большинстве случаев от поздней доставки больного в стационар. Слепые о.р.ж. являются наиболее опасными в смысле прогноза. Важное прогностическое значение при о.р.ж. имеет пульс.

Поступила 19.V. 1939.